BULLETIN ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE

D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

ABONNEMENTS : France, **5** *fr. ; Union postale,* **6** *fr.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

AVIS

ABONNEMENTS

Nous informons nos Collègues Spécialistes Français ou Etrangers qui ne sont pas membres honoraires, actifs ou correspondants de notre Société, que moyennant un *abonnement* de 5 francs par an (France), et 6 francs (Etranger), il leur sera fait régulièrement le service de nos *Bulletins* et du *Recueil Général Annuel* (vol. broché).

Adresser les demandes au Secrétaire **Général** ou à MM. Vigot frères, éditeurs.

CONVOCATION

En raison des Fêtes de **Pâques** et du **Congrès de la Société Française de Laryngologie**, la séance clinique d'Avril est reportée au **Mardi matin, 9 Juin** à 10 heures, **Clinique du Docteur Castex,** 10, rue Racine.

Les auteurs de communications sont priés de bien vouloir remettre en séance, suivant les règlements — leur communication *in extenso* pour le Bulletin — un résumé d'une dizaine de lignes maximum, pour la presse.

Pour les **Tirages à part,** s'adresser à l'imprimeur : M. Levé, 71, rue de Rennes.

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au secrétaire général, Dr Robert Foy, 28, rue de la Trémoille, Paris, VIIIe. Tél. Passy 65-08.

ANNÉE 1914 — 10 MARS — N° 3

SOCIÉTÉ de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie DE PARIS

N° 3 — Sommaire

Procès-verbal de la Séance.

COMMUNICATIONS :

MM. Castex. — Torticolis otogènes et rhinogènes.

Mahu. — Mastoïdite et Erysipèle.

Reverchon. — Sur un cas de méningite cérébro-spinale au cours d'une otite moyenne aiguë suppurée.

Diagnostic de la Méningite cérébro-spinale et de la méningite otogène.

Pièce de Prothèse, enclavée au niveau de l'œsophage et désenclavée par l'œsophagoscopie.

Robert Foy. — De quelques exercices respiratoires à recommander après l'Adénoïdectomie (fig. 4 à 8).

PROCÈS-VERBAL

Séance du 10 Mars 1914 (Hôtel des Sociétés Savantes)

Présidence de M. Fournié.

La séance est ouverte à 9 h. du soir.

Etaient présents : MM. Castex, Delair, Fournié, Girard, Houlié, Labernadie, Luc, Mahu, Mounier, Munch, Pasquier, Percepied, de Parrel, Reverchon, Richou, Robert Foy, Rouvillois, Sieur, Veillard, G.-A. Weill.

COMMUNICATIONS

TORTICOLIS OTOGÈNES ET RHINOGÈNES

André Castex.

Nous avons tous eu l'occasion de voir apparaître des torticolis, transitoires en général, chez des enfants que nous soignons. Pour ma part, c'est surtout à la suite d'adénectomies, et je n'y avais pas prêté grande attention, tant la complication s'était montrée fugace dans les 6 observations que j'ai retrouvées.

Récemment, j'ai vu le fait se produire au cours d'une suppuration de l'oreille moyenne. La circonstance m'a paru plus digne d'intérêt et c'est pourquoi je me suis fait inscrire pour cette question à notre réunion d'aujourd'hui.

L'enfant que je vous présente, âgée de 7 ans, est venue à ma clinique pour une otite moyenne grippale à gauche. L'écoulement se faisant bien, il n'avait pas été pratiqué de paracentèse. La tête de l'enfant inclinait à gauche et sa figure se tournait à droite. L'attitude avait pour but de relâcher le sterno-cléido-mastoïdien.

Dix jours après, comme l'écoulement était presque tari, la tête revenait vers son attitude normale et quinze jours après il ne restait plus trace de la complication.

Ce n'est pas un fait inédit que j'apporte. Le cas a été signalé, en particulier, par notre collègue Robert Leroux dans sa thèse inaugurale de 1905 sur la « névrite spinale d'origine otique » et dans une étude sur les « torticolis d'origine otique » parue dans la *Presse Médicale* (4 août 1906). Je le remercie d'avoir bien voulu mettre ces deux études à ma disposition.

Plus récemment, en 1913, le Dr Edmond Doulcet, dans sa thèse inaugurale : « Complications, accidents et incidents de l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes » étudie le torticolis post-opératoire. On y trouve 3 cas de Neufeld, 1 de Knight, 1 de Mac Kernow, 2 de Ferreri.

Il est intéressant de constater que dans beaucoup de cas la température oscille de 38°2 à 38°5.

L'explication à donner du phénomène n'est pas aisée. La preuve en est qu'il y en a plusieurs assez différentes :

a) Les muscles du cou auraient été violentés au cours de l'intervention, contractés outre mesure, surtout si l'on opère dans la position de Rose.

b) Une infection des ganglions carotidiens, provenant du cavum ou de l'oreille, comprimerait le nerf spinal, d'où contracture du sterno. C'est à peu de chose près l'explication du Pr Ferreri (de Rome) qui admet une myosite d'origine lymphatique.

c) Robert Leroux pense qu'il faut invoquer une névrite du spinal.

d) Enfin Knight admet que l'irritation des filets sympathiques dans le cavum détermine un réflexe dans les muscles cervicaux.

Ce torticolis de notre spécialité ne doit pas avoir une cause unique, d'autant qu'on le voit apparaître, tantôt pour une affection d'oreille, tantôt pour une lésion du cavum et même dans les affections du pharynx.

Il se peut que l'une des pathogénies énoncées plus haut trouve son application dans tel cas donné, mais, si je m'en tiens aux faits de mon observation personnelle, j'adopterais l'explication par l'adénite carotidienne, si fréquente chez les enfants, parce que l'attitude du muscle sterno m'a paru commandée par le besoin qu'a l'enfant de le mettre en relâchement pour ne pas comprimer les ganglions sous-jacents.

Et bien qu'il ne s'agisse là que d'une complication sans durée ni gravité, comme les traités de chirurgie générale n'en font que peu mention, il est utile de préciser cette origine otogène ou rhinogène de certains torticolis aigus.

MASTOÏDITE ET ÉRYSIPÈLE

M. G. Mahu.

Un érysipèle survenant dès l'ouverture d'une plaie, ou au cours des pansements post-opératoires, est une complication qui impressionne désagréablement et passe pour être assez grave. Les symptômes bruyants, tels que la fièvre, le frisson, quelquefois le délire, l'albuminurie, qui accompagnent au début l'apparition du bourrelet érysipélateux, effraient l'entourage et vont même quelquefois jusqu'à faire redouter pour le malade une issue fatale.

Depuis longtemps déjà j'ai eu l'occasion d'observer de semblables complications à la suite de trépanations mastoïdiennes ; mais, si je fus parfois troublé par la situation précaire des malades dont l'état général fut profondément éprouvé par l'infection streptococcique, j'ai toujours été surpris de l'effet inverse que l'érysipèle semblait produire, à son déclin, sur la réparation ultérieure de la plaie.

Ce fait n'est pas nouveau et a déjà été signalé antérieurement, mais il m'a semblé souligné d'une manière particulièrement remarquable dans les deux observations suivantes :

Observation I. — Je fus appelé, il y a quelques années, auprès de Mme B..., âgée de 30 ans, au cours d'une infection puerpérale, pour une otite moyenne aiguë gauche avec mastoïdite très douloureuse secondaire à une infection naso-pharyngienne et du sinus maxillaire correspondant.

La paracentèse immédiate du tympan ne fit pas tomber la température qui monta le lendemain à 40° accompagnant une douleur mastoïdienne de plus en plus accentuée et une suppuration profuse. L'antrotomie et la résection de toute l'apophyse furent faites sous chloroforme deux jours plus tard et, dès le lendemain, se dessina un bourrelet érysipélateux des plus nets en même temps que survenait un frisson intense. Mais ce ne fut pas tout : les jours suivants apparurent successivement une adénite cervicale bilatérale qui suppura à son tour, puis une pleurésie purulente qui nécessita une thoracentèse ; une albuminurie grave compléta ce tableau clinique, des plus sombres que j'aie jamais rencontrés.

La malade devint très faible pendant que l'érysipèle achevait son cycle complet sur toute la face, le cuir chevelu, le cou et une partie du tronc et qu'évoluaient simultanément les autres affections. La suppuration de la plaie mastoïdienne était extrêmement abondante, mais, à aucun moment, cette plaie n'eut un mauvais aspect. Nous nous contentâmes, au cours de l'érysipèle, de faire des pansements quotidiens à l'eau stérilisée alcoolisée.

Peu à peu l'état général s'améliora et, dès que s'accentua cette amélioration, nous vîmes la plaie mastoïdienne se réparer avec une rapidité exceptionnelle même dans les cas heureux. En une quinzaine de jours la cicatrisation était terminée, alors que la malade, alitée, était encore en convalescence de ses autres complications.

Observation II. — Madame R..., 38 ans, est une ozéneuse de bonne santé habituelle, mais qui se plaint de surdité et de bourdonnements de l'oreille gauche datant de quelques jours et sans aucun écoulement. L'avant-veille seulement elle ressentit quelques douleurs dans cette oreille et, un matin de mai 1913, prise d'un vertige subit, elle fit une chute sur la face. Au toucher, la mastoïde est douloureuse aux points antral et apexien ; à l'examen, on constate une chute prononcée de la paroi postéro-supérieure du conduit qui s'est abaissée jusqu'au contact du plancher. L'examen du labyrinthe ne décèle aucune lésion — rien dans les urines — température : 38°,6.

Au cours d'une intervention d'urgence sous chloroforme, je pratique l'antrotomie et la résection de toute la corticale externe de la mastoïde dont l'antre et l'aditus sont remplis d'une bouillie fétide et dont chaque cellule renferme une fongosité. Je découvre le sinus latéral qui paraît sain et la dure-mère sur une large étendue, puis, faisant sauter le pont recouvrant l'aditus ainsi que le mur de la logette, je fais un évidement partiel en respectant les osselets.

Le soir et le lendemain matin la température reste la même, mais, dès le lendemain soir, elle monte à 39°,5, le surlendemain à 40°,2, avec un violent frisson et l'on constate l'apparition d'un bourrelet érysipélateux qui envahit rapidement la face, le cuir chevelu et le cou. La température reste dans le voisinage de 40°; le 3e jour, la malade devient très excitée, doit être maintenue au lit de force ; elle commence à délirer et fait une véritable crise de manie aiguë qui dure toute la semaine. Cet état qui s'accompagne d'une albuminurie assez importante reste, pendant ce temps, des plus graves.

Au cours de l'érysipèle, des pansements humides à l'eau stérilisée alcoolisée furent faits chaque jour, mais la plaie resta fongueuse et de larges surfaces d'ostéite nous firent prévoir pour l'avenir l'apparition de séquestres osseux dont l'élimination serait des plus longues à obtenir.

Toutefois dès que l'érysipèle eut disparu, l'état général s'améliora peu à peu et, en même temps que lui, l'état de la plaie qui devint parfait. Et, n'eût été l'élimination d'un séquestre de la pointe qui se fit attendre quelque temps, la réparation complète aurait marché très rapidement. Cette malade a parfaitement guéri ; son oreille n'est pas sourde et la cicatrice est très propre.

Discussion.

M. Luc. — La question de l'apparition de l'érysipèle dans le cours des otites, avec ou sans complication mastoïdienne, offre plusieurs points à considérer.

D'abord le mode d'apparition. Le début parfois insidieux est le plus souvent bruyant, pouvant être marqué par une fièvre à grandes oscillations, accompagnée de forts frissons, et éveillant naturellement la crainte d'une pyémie, ainsi que j'en ai cité un remarquable exemple dans mes *Leçons*. En pareille circonstance on doit songer à la possibilité d'un érysipèle et se tenir à l'affût de la rougeur révélatrice, dont l'apparition constitue un véritable soulagement pour le clinicien.

Quant à l'influence parfois favorable de l'érysipèle sur l'évolution de la plaie mastoïdienne, je me souviens d'en avoir observé moi-même un remarquable exemple, il y a plus de vingt ans, sur un enfant que j'avais opéré d'une mastoïdite chronique et dont la plaie atone tardait à se cicatriser. L'apparition inopinée d'un érysipèle parut effectivement en modifier l'évolution, car elle se cicatrisa en quelques jours. D'une façon générale, je crois que l'on peut dire que toute plaie touchée par l'érysipèle cesse d'être atone ; et je dois ajouter que depuis les trente ans que j'exerce notre spécialité je n'ai jamais vu un érysipèle survenant, soit à la suite d'une opération mastoïdienne, soit après une intervention à la région frontale, entraîner de graves conséquences.

M. Sieur. — J'ai eu, comme tous nos collègues, l'occasion d'observer

des érysipèles d'origine otitique, mais je n'ai pas été frappé par l'existence, chez les malades qui en étaient atteints, de symptômes pouvant faire craindre une pyohémie. Ce matin même, j'ai évacué sur les contagieux un malade entré hier dans mon service pour otite et présentant une plaque d'érysipèle dépassant le pavillon et la conque. Or son état général n'indiquait en rien l'existence d'une semblable complication.

Je n'ai pas observé d'érysipèle chez des opérés de mastoïdite, mais j'ai opéré deux fois des malades en pleine zone érysipélateuse et les deux plaies ont évolué très normalement.

L'un d'eux était évacué des contagieux avec le diagnostic de mastoïdite. La région mastoïdienne était douloureuse et tuméfiée et envahie par un érysipèle encore limité. J'opérai, ne trouvai que de la congestion simple sans suppuration des cellules mastoïdiennes. L'opéré n'en guérit pas moins sans incident.

L'autre malade vous a été présenté l'année dernière. Je lui ai fait une opération paranasale pour enlever un prolongement nasal de polype nasopharyngien. Or, bien que la face fût envahie par un érysipèle, j'ai obtenu chez lui une réunion par première intention.

J'estime donc que dans la majorité des cas la présence d'un érysipèle ne doit pas nous empêcher de pratiquer une intervention; quant à l'évolution des plaies qui se compliquent d'érysipèle, il en est certain nombre qui ne font que bénéficier de cette complication.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE AU COURS D'UNE OTITE MOYENNE SUPPURÉE. — DIAGNOSTIC DE LA MÉNINGITE OTOGÈNE ET DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Reverchon.

Lorsqu'un de nos malades présente au cours de l'évolution d'une otite moyenne suppurée des signes évidents de réaction méningée, notre première pensée est de rattacher cette réaction à l'affection en cours et de tenter de déterminer dans un but thérapeutique la voie suivie par l'infection otogène et son degré de virulence. Il peut arriver cependant qu'il n'y ait pas de relation de cause à effet entre l'infection de l'oreille et celle de l'espace sous-arachnoïdien et que nous ayons affaire à une méningite cérébro-spinale dont la coïncidence avec l'otite moyenne suppurée ne doit pas être exceptionnelle.

M. le professeur Sieur en a observé deux cas très nets — et M. Luc dans ses « Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne » en rapporte une observation. Il y a donc un intérêt de premier ordre à dégager les

éléments de diagnostic précoce de l'une et l'autre affections ; c'est ce que je tenterai de faire après la lecture de mon observation :

Le soldat S..., de la 22e Section de Commis et Ouvriers d'Administration, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 19 janvier 1914 pour otite moyenne suppurée aiguë à gauche. Il a présenté en janvier 1913 une première atteinte à la même oreille ; l'écoulement a duré huit jours. La poussée actuelle a débuté trois jours avant son entrée, au cours d'une angine banale. On constate, *le 20 janvier*, au moment du premier examen, un écoulement de moyenne intensité séro-purulent. Le tympan est rouge, bombant fortement en arrière et en bas. Le drainage se fait mal, une paracentèse est pratiquée sur la poche. L'écoulement depuis ce jour se fait régulièrement, sans douleur et sans fièvre ; quelques petits furoncles du conduit rendent le pansement un peu douloureux dans les premiers jours de février. La diminution de l'acuité auditive est notable, mais la voix et le diapason sont nettement perçus du côté de l'oreille malade ; il n'existe aucune réaction du côté de l'oreille interne.

Le 25 février. — Le malade qui était considéré comme convalescent est réveillé à 10 heures du soir par un frisson violent qui persiste encore le 26 au matin, sous forme d'un état frissonnant pénible ; il présente des vomissements à plusieurs reprises et une céphalée frontale persistante. La facies est infecté, l'haleine fétide.

La température = 38°,9.

L'examen de l'oreille montre un écoulement modéré avec poche tympanale supérieure paraissant se vider normalement. Aucune sensibilité autour de la région mastoïdienne ni sur le trajet de la jugulaire interne, ni du côté du cou ou du dos. Gorge rouge, un peu de pus dans le nez, mais éclairage des sinus normal.

Le 26 février au soir, l'état s'est un peu modifié ; le malade est somnolent ; il répond aux questions posées mais après une période latente de quelques secondes. Il n'existe pas de raideur de la nuque, mais une esquisse de Kernig ; le malade assis sur son lit replie spontanément les genoux ; l'allongement de la jambe droite est possible, celui de la jambe gauche atrocement douloureux ; cette douleur est localisée à la partie postérieure de la région du genou et pourrait en imposer pour une douleur articulaire.

C'est le seul signe objectif de réaction méningée, mais il est précis. La ponction lombaire est pratiquée en position couchée au point d'élection. On retire 20 c. c. de liquide céphalo-rachidien très louche. Il est porté au laboratoire de bactériologie où il est examiné par le médecin aide-major Sondag et mon collègue le professeur agrégé Baur.

La recherche de l'albumine donne un trouble épais. L'examen après centrifugation montre de très nombreux polynucléaires, *mais pas de germes visibles par l'examen direct du culot pratiqué sur toute l'étendue de deux lames*. Nous serions donc en présence *d'une méningite aseptique, ou du moins cliniquement aseptique* qui serait symp-

tomatique d'une complication encéphalique imminente vraisemblablement d'origine otogène et la règle thérapeutique nous commanderait une intervention exploratrice. Cette conclusion ne nous satisfait pas, ni mon maître Sieur, ni moi; il existe entre la réaction méningée du malade et l'état de son oreille, une discordance qui déconcerte, et puis cette esquisse de Kernig évoque chez moi le souvenir d'autres malades que j'ai vus au début de leur affection lors d'une épidémie de méningite cérébro-spinale dans un régiment d'une garnison de l'Est où je remplissais les fonctions de médecin-major.

Nous différons l'intervention jusqu'au résultat d'un ensemencement sur gélose-ascite qui a été fait avec le reste du liquide après le premier examen. La réponse nous parvient le 27, à 10 heures du matin. Elle est très précise.

« *Il existe en petite quantité un diplocoque en grain de café ne prenant pas le Gramm. L'agglutination* a *été faite à* 1 °/₀ *avec le sérum antiméningococcique, elle a été fortement et rapidement positive* »; c'est de la méningite cérébro-spinale.

Le malade est immédiatement isolé aux contagieux, Son état est sensiblement le même. La céphalée a diminué depuis la ponction, mais le Kernig est plus net, il n'y a toujours pas de raideur de la nuque.

Mon collègue Baur le traite énergiquement par la méthode du Pr Dopter. En quatre jours, trois ponctions sont pratiquées, les 27-28 février et 2 mars; on retire chaque fois 40 c. c. de liquide pour injecter une quantité égale de sérum anti-méningococcique. Le malade est transformé dès la seconde injection. Il est convalescent le huitième jour et peut actuellement, après douze jours, être considéré comme guéri. L'état de son oreille s'est rapidement amélioré. Le 1er mars, je tente de faire un prélèvement de pus auriculaire en vue de chercher le méningocoque. L'otorrhée a disparu et je ne puis me procurer ce renseignement. La cicatrisation est faite aujourd'hui.

Le diagnostic de méningite cérébro-spinale au cours d'une otite devra se faire :

1° par l'étude des conditions épidémiologiques;

2° par l'analyse des symptômes cliniques;

3° par les renseignements tirés de l'étude bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

1° Il ne faut pas trop compter sur *les renseignements épidémiologiques*. Les grandes épidémies de méningite cérébro-spinale sont relativement rares. Notre cas était le cinquième de la garnison de Paris depuis près d'un an. Même lorsqu'on tient, comme dans notre milieu militaire, tous les anneaux de la chaîne, il est difficile d'établir dans un cas précis la filiation de la contagion. Nous devons donc conclure pratiquement qu'il existe actuellement dans toute la France et notamment à Paris une endémie de méningite cérébro-spinale et qu'il faut par conséquent toujours y penser même en dehors d'une épidémie.

2° C'est *la clinique* qui nous mettra sur la voie du diagnostic. La méningite cérébro-spinale est polymorphe dans son début. La méningite otogène elle aussi est essentiellement variable, mais il existe dans l'un et l'autre cas un syndrome de début qui doit nous orienter au moins vers une présomption. La méningite otogène succède souvent à une affection labyrinthique qui s'est manifestée par une notable diminution de l'audition. Les symptômes cérébraux sont dominants dès le début : raideur de la nuque, céphalée et stupeur.

Dans la méningite cérébro-spinale, il y a le plus souvent discordance entre les troubles auriculaires et les symptômes méningés. Lorsque l'affection suit une marche normale, la réaction rachidienne précède les phénomènes cérébraux et le symptôme initial est toujours le Kernig sur lequel M. Luc attire justement l'attention dans la paraphrase de l'observation à laquelle je faisais allusion en débutant. Mais il faut savoir chercher le Kernig même unilatéral, que le malade, son entourage et quelquefois même son médecin traitant confondent avec une douleur rhumatismale. Ce signe-esquisse suffira pour justifier la ponction lombaire.

3° Le médecin traitant et en particulier le spécialiste n'a bien entendu pas à connaître *la pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien; mais il devra en savoir assez sur cette technique pour orienter les recherches de l'expert et interpréter sa réponse.* J'ai cru devoir dans mon observation donner dans tous ses détails la réponse de mes collègues bactériologues parce qu'elle contient un fait intéressant.

L'examen méthodique du culot après centrifugation n'avait pas démontré la présence de germes. Or, une publication récente et très documentée affirme que dans notre pratique spéciale, on peut considérer en ce cas la méningite comme pratiquement aseptique.

Mais il faut savoir que dans la méningite cérébro-spinale, l'examen direct sur lame du culot de la centrifugation ne permet pas toujours de déceler le méningocoque et qu'il faut la culture sur milieu spécial à la gélose-ascite suivie de l'épreuve par la séro-agglutination dont il y aura lieu d'apprécier le degré.

Or, pour avoir ce renseignement, il faut le demander et c'est par là que je voulais conclure.

Discussion.

M. Luc. — De mon observation personnelle que M. Reverchon a bien voulu rappeler ici à propos de la sienne, j'avais déjà tiré la conclusion pratique qu'en présence d'accidents méningitiques, à symptômes plutôt rachidiens que cérébraux, survenant dans le cours d'une otite, nous avons le devoir de songer à la possibilité de la méningite cérébro-spinale épidémique et de demander à l'examen du liquide extrait par ponction lombaire la solution du problème clinique.

Le fait de M. Reverchon si bien observé et présenté, ne fait que confirmer cette conclusion, et nous ne saurions trop le remercier de l'avoir porté à notre connaissance.

M. Sieur. — Je crois utile d'insister à mon tour sur l'utilité de faire de bonne heure le diagnostic de la méningite spinale lorsqu'elle apparaît chez des sujets atteints d'un écoulement otitique plus ou moins abondant.

Si j'en juge d'après les trois faits qu'il m'a été donné d'observer, ce diagnostic est relativement facile et peut se baser sur les signes suivants :

La *céphalée* est ordinairement modérée ; les nausées et les vomissements sont moins nombreux que dans la méningite cérébrale ; mais ce qui domine surtout, c'est l'*absence de toute réaction mastoïdienne* et la *parfaite lucidité* de l'intelligence. Tout au début de la crise, la raideur de la nuque, la rachialgie et le signe de Kernig doivent être recherchés, mais ils ne tardent pas à devenir très apparents et à lever tous les doutes si une ponction lombaire n'a déjà permis de le faire. C'est, en effet, à l'examen du liquide céphalo-rachidien qu'il faut avoir recours. Mais cet examen, pour être complet, demande que l'on fasse des cultures en milieux appropriés, attendu que la coloration immédiate faite sur lamelles peut se montrer négative.

Le malade de M. Reverchon ayant une méningite spinale à méningocoque pur a guéri très rapidement grâce aux injections de sérum antiméningococcique de Dopter. Mon ami M. Rouvillois et moi nous avons été moins heureux chez nos deux premiers malades.

Le premier, après avoir été considéré par notre collègue Vincent comme atteint de méningite cerébro-spinale épidémique, nous était renvoyé au bout de vingt-quatre heures pour être trépané, parce qu'un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien avait montré la présence de streptocoques. Je fis sans conviction la trépanation qui m'était demandée et ne trouvai pas de pus dans la mastoide ; je mis les méninges à nu au niveau du plafond de l'antre, je les incisai et retirai du liquide clair. L'autopsie, faite trois jours plus tard, montrait que les méninges de la convexité et des fosses cérébrales étaient saines, que le pus n'existait qu'au niveau du bulbe et des pédoncules, et remplissait les méninges spinales.

Chez le second malade, je me refusai à toute intervention et je me bornai à pratiquer de nombreuses ponctions lombaires suivies d'injections intrarachidiennes de collargol. M. Rouvillois établit même un drainage permanent d'après le manuel opératoire indiqué par Le Filliâtre. Le malade ayant succombé après une accalmie qui nous avait fait espérer une guérison, l'autopsie montrait que les méninges cérébrales correspondant à l'oreille malade étaient absolument saines. Il y avait du pus dans les méninges rachidiennes, du pus au niveau du 4e ventricule et à la base du cervelet, tandis que le liquide contenu dans les deux ventricules latéraux était clair.

En résumé, chez ces deux malades l'autopsie n'a fait que confirmer les données de la clinique et montrer que la méningite localisée aux méninges rachidiennes était due à une infection générale ayant tout d'abord produit une infection auriculaire. Cette infection auriculaire n'étant elle-même qu'une conséquence de l'infection générale, il faut se borner à traiter cette dernière et éviter toute intervention chirurgicale inutile.

M Castex. — L'opinion émise par notre collègue Sieur, sur la multiplicité des microbes habitant le cavum chez l'homme sain, me rappelle que j'ai demandé dans le temps au professeur Chantemesse, des recherches sur la flore microbienne des cavités nasales : il me répondit qu'il était certain d'y trouver toutes sortes de germes.

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE (PIÈCE DE PROTHÈSE AVEC DEUX CROCHETS) DÉSENCLAVÉ AU MOMENT DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE DANS LA POSITION ASSISE. EXPULSION LE TROISIÈME JOUR PAR L'ANUS

M. Reverchon.

Le 5 mars au réveil, le soldat B... s'aperçoit que le dentier avec lequel il s'était endormi la veille a disparu ; il éprouve une vive douleur au niveau de la fourchette sternale, se présente à la visite, est envoyé de suite au Val-de-Grâce dans le service de M. le Pr Sieur. La radioscopie montre nettement la pièce au niveau de la première dorsale, par conséquent dans l'œsophage.

L'œsophagoscopie, dans la position de Mouret (malade assis, tête et cou défléchis) est faite avec facilité ; mais au cours des manœuvres de cocaïnisation et de passage des tubes, la pièce tombe dans la cavité stomacale où la radiographie la montre après l'opération.

Le malade n'accuse aucune espèce de troubles et rejette, le 8 mars, à midi, la pièce par l'anus, au cours d'une selle naturelle. Le dentier comporte trois dents, une armature en caoutchouc vulcanisé, et deux crochets, dont un très acéré.

Elle a néanmoins parcouru, sans amener aucun désordre, toute la filière intestinale.

La chute dans l'estomac a donc été sans conséquence. Faut-il accuser la position assise, qui a facilité, par la déclivité, la chute du corps étranger ? est-ce la cocaïne qui a fait cesser le spasme qui retenait la pièce dans l'œsophage ?

DE QUELQUES EXERCICES RESPIRATOIRES A RECOMMANDER APRÈS L'ADÉNOÏDECTOMIE

M. Robert Foy.

I. — Considérations générales.

L'adénoïdectomie a pour but de remédier à l'*infection locale*, à l'*intoxication générale* chronique, et à l'*insuffisance fonctionnelle respiratoire*, nasale et thoracique.

Dans un très grand nombre de cas, ce but se trouve atteint, l'enfant se développant, se transformant rapidement après l'opération.

Mais l'opération n'est pas toujours suivie de la transformation espérée... Pourquoi ?

1° Quelques insuccès doivent être considérés comme la conséquence d'une insuffisance anatomique, congénitale ou acquise, par arrêt de développement des voies aériennes supérieures, semblant souvent se compliquer d'une insuffisance fonctionnelle congénitale des centres respirateurs. Désinfecter dans ces conditions les voies aériennes supérieures, et leur rendre leur fonction physiologique, paraît être parfois au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale ou rééducatrice.

2° Le plus souvent, si l'opération n'est pas suivie de l'amélioration de l'état général du malade, c'est que l'on ne s'astreint pas à rééduquer systématiquement la respiration nasale des opérés. Et pourtant l'augmentation de la *ventilation* des voies aériennes supérieures, non seulement contribue à leur *désinfection*, à leur *drainage*, mais rétablit réflectivement l'*ampliation thoracique* et pulmonaire insuffisantes ; car à moins d'ankylose précoce sterno-costo-vertébrale, rare, ou de lésions pulmonaires graves, donnez une bonne respiration nasale à ces jeunes malades et la nature bienfaisante se chargera de développer l'appareil respiratoire thoracique. Pourquoi cette abstention?

Le mot rééducation respiratoire représente à tort pour le malade, comme pour ses médecins, un traitement long, dispendieux à entreprendre, se surajoutant à l'opération. Mais pour cette classe de malades (*post-adénoïdiens de Lermoyez*), en 6 ou 8 séances, échelonnées sur un mois et demi à deux mois de traitement, chacun peut rééduquer médicalement lui-même ses malades, sans avoir à faire le moniteur de gymnastique, ce qui rebute avec juste raison le médecin dans cette tâche.

J'ajouterai que c'est une grosse faute que de les confier à des masseurs, gymnastes et autres professionnels d'une soi-disant *culture physique scientifique*. Ce n'est pas de la gymnastique qu'il faut aux *post-adénoïdiens*, mais une bonne, une large respiration nasale ; la gymnastique, les exercices physiques sous toutes leurs formes les éreintent :

vertiges, migraines, palpitations, fièvre, insomnies, nervosité, urines troubles, pression différentielle faible, etc.... Comment donc procéder ?

II. — Examen du malade.

1° La rééducation commencera 15 jours environ après l'opération afin de laisser aux tissus le temps de se cicatriser.

2° Pendant le 1er mois, le jeune malade, matin et soir, sous la surveillance d'une personne dévouée et intelligente de son entourage, consacrera 15 à 20 minutes aux exercices de respiration ; le mois suivant, 15 minutes tous les matins suffiront.

3° Les exercices seront exécutés dans une pièce très aérée, le cou, le thorax, l'abdomen libres de toute entrave.

4° Toutes les semaines, le malade sera médicalement examiné au point de vue : *Du poids*, *De la taille*, *De la carrure* (diamètre bisacromial) — *De l'ampliation thoracique* (différence entre l'inspiration et l'expiration forcées), au niveau de plans horizontaux passant par le creux axillaire, le creux épigastrique, la région ombilicale ; comme chiffres

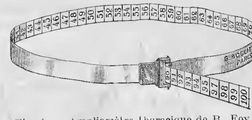


Fig. 1. — Ampliomètre thoracique de R. Foy.

moyens, on peut fixer pour un enfant de 12 ans, de haut en bas, 4, 6 et 2 centimètres ; ces mensurations seront facilitées en employant l'ampliomètre thoracique qui se manie d'une seule main, s'applique exactement sur les parois costales dont il suit tous les déplacements et permet une lecture exacte et immédiate.

Ces données permettront d'établir *la Formule de Santé*; que j'obtiens de la façon suivante :

$$\text{Poids (en kil.)} : \frac{\text{taille} \times \text{carure} \times \text{ampliat. xyphoïd. (en centim.)}}{1000} = \text{I.}$$

La formule normale = I.

Elle est d'autant plus mauvaise que supérieure à l'unité.

Inutile de chercher à descendre très au-dessous de I, ce chiffre représentant l'état d'équilibre de l'individu, rompu dans un sens comme dans l'autre.

Ces données se complètent par celles obtenues :

Avec le *Spiromètre* (de Boulitte) mesurant la capacité respiratoire en volume. Avec le *Spiromanomètre* (d'Escat), mesurant la puissance inspiratrice et expiratrice. Avec *l'Oscillomètre de Pachon* qui nous permettra de suivre les pressions Maxima, Minima et Différentielle au cours du traitement. La Différentielle est surtout intéressante à connaître car elle nous renseigne sur la puissance réelle systolique du cœur (*Martinet*) ; elle est normalement de 6 chez l'enfant de 10 ans ; faible chez les insuffisants respiratoires, elle s'accroît au fur et à mesure du traitement.

III. — Exercices préparatoires.

Toute rééducation fonctionnelle de la respiration nasale, et secondairement de la respiration thoracique, est impossible :

1° Si le sujet *bouche fermée* laisse sa langue dans la position qu'il lui donne en respiration buccale : nous savons tous que l'air passant par les fosses nasales s'humidifie, se réchauffe, grâce aux replis muqueux qu'il est obligé de franchir ; l'individu qui respire par la bouche, instinctivement, réchauffe et humidifie cet air en rétrécissant le conduit oro-pharyngé avec sa langue rejetée en haut et en arrière (fig. 5), ce qui, joint

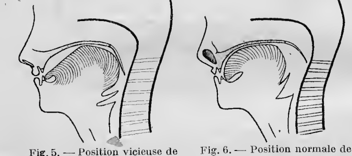


Fig. 5. — Position vicieuse de la langue et de l'épiglotte.

Fig. 6. — Position normale de la langue et de l'épiglotte.

à l'aplatissement latéral des masséters, contribue probablement à *accroître la concavité de la voûte palatine.*

Restant dans cette position, elle fera obstacle à la *respiration nasale* rétrécissant en arrière l'isthme naso-pharyngien, s'opposant à la *mobilisation du voile* en inspiration comme en expiration profondes ; secondairement, l'épiglotte se trouve en position basse fermant partiellement l'entrée du larynx (fig. 5). Dans la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, outre les réflexes respirateurs, engendrent un

phénomène absolument inverse : rélargissement de l'oro-pharynx, abaissement du voile, élévation de l'épiglotte.

Il faut donc de toute nécessité apprendre au malade à porter sa langue en avant (fig. 6), même exagérément, la pointe derrière les incisives inférieures, le dos contre les incisives supérieures.

Secondairement, il sera nécessaire de *développer la mobilité du voile membraneux*, celui-ci étant généralement tout aussi peu musclé que les ailes du nez par suite de son immobilisation prolongée entre la masse adénoïdienne d'une part, et la base de la langue d'autre part.

Cette mobilisation s'obtiendra par l'exercice suivant :

Exercice. — Le sujet face au jour, devant une glace, maxillaires largement écartés, langue maintenue entre le pouce et l'index : a) L'abaissement maximum du voile est obtenu par une large inspiration nasale (dilater les ailes du nez) en cherchant à produire un léger ronflement naso-pharygien, le tout accompagné d'une traction progressive de la langue. b) L'élévation maxima du voile est obtenu en rentrant la langue et en émettant le plus fortement possible la voyelle A en voix de poitrine. c) Un peu plus tard cette mobilisation s'obtiendra sans traction de la langue, en amorçant simplement l'abaissement du voile par une légère inspiration nasale.

La projection progressive d'air comprimé à 5 ou 6 kilos (*pistolet à air comprimé*) sur la face inférieure du voile (relèvement), tandis que le sujet fait une large inspiration nasale (abaissement), contribuera à activer le développement de sa musculature.

Il faut encore ajouter que non seulement cette mobilisation du voile rétablit la perméabilité naso-pharyngée, mais contribue aussi à rétablir la perméabilité des trompes d'Eustache par action trophique de voisinage. (*Amélioration de l'audition.*)

2° Cette rééducation respiratoire est encore impossible, si les *ailes du nez* sont atrophiées, minces, flasques, aspirées à l'inspiration au lieu de s'écarter largement, tels les deux battants d'une fenêtre que l'on ouvre pour aérer une pièce ; l'aspiration des ailes du nez (sifflement inspiratoire) produira sur les muqueuses aériennes et principalement sur la muqueuse des cornets une action ventousante et congestive (mécanisme fréquent de la rhinite hypertrophique). Le travail du thorax et du diaphragme se trouvera de ce fait augmenté, exigeant des efforts auxquels le sujet substitue réflectivement une insuffisance fonctionnelle : l'insuffisance respiratoire thoraco-pulmonaire est dans 90 0/0 des cas, la conséquence de l'insuffisance fonctionnelle nasale.

En dilatant largement les ailes du nez, à l'inspiration, non seulement on facilitera la pénétration de l'air, mais encore, on réveillera des réflexes bulbaires respiratoires (analogie avec ceux de l'éternuement, du bâillement nasal, bouche close) qui entrainent une mobilisation maxima du voile (abaissement), des cordes (abduction), des côtes (élévation), du diaphragme (redressement).

Comment obtenir cette mobilisation ?

Je dis *mobilisation* : certains appareils, comme ceux de Courtade, Felsboch, servent bien de cadre aux ailes du nez, flasques, mais ce ne sont que *des supports*.

Ce que nous devons chercher, c'est à rendre à ces organes musculaires leur mobilité physiologique déjà très atténuée dans la race humaine. Pour obtenir cette mobilisation, voici comment procéder :

A.—Utiliser le *Dilatateur à ressort* (tension réglable) des ailes du nez (fig. 7) ; les branches vaselinées sont introduites dans chacun des vesti-

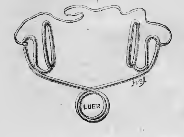


Fig. 7. — Dilatateur des ailes du nez à ressort, de R. Foy.

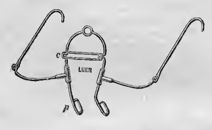


Fig. 8.— Compresseur des narines, de R. Foy.

bules narinaires et maintenues en place par un élastique passant derrière la tête ; le malade comprime avec ses index les ailes du nez qui reviennent à la position de dilatation forcée lorsque cesse la compression digitale ; outre que cet exercice amorce le mouvement d'abduction, la contraction des fibres musculaires des ailes du nez est réveillée par la dilatation, la distension (comparaison avec vessie, utérus, etc...)

Le sujet s'entraîne encore avec cet appareil à rapprocher ses ailes du nez de la cloison, rapprochement auquel résistent les branches appliquées sur la face interne (exerc. de résistance à l'adduction).

B. — Utiliser le *Constricteur des narines* (fig. 8). Cet appareil ayant l'aspect d'une paire de lunettes, comprime avec une force plus ou moins grande (tension élastique réglable), les ailes du nez contre la cloison par ses branches appliquées sur leur face externe. Le sujet s'entraîne à écarter les narines, écartement auquel résistent les branches de l'appareil (exerc. de résistance à l'abduction).

C.—*Exercices digitaux.*—Le malade devant un miroir, les deux index légèrement en contact avec les ailes du nez afin de contrôler la tension ou le relâchement de leurs fibres musculaires, s'exerce à les dilater au maximum comme pour les arracher du visage.

IV. — Exercices respiratoires.

L'éducation de la langue, du voile du palais et des ailes du nez étant faite (durée de 8 à 15 jours), on passe *alors seulement* à l'éducation de la fonction respiratoire proprement dite. Suivant la résistance du sujet, ces exercices seront prescrits de 5 à 20 fois chacun.

Exercice I. — Cet exercice entraîne à la fois la respiration nasale et la respiration costo-diaphragmatique ; il est inspiré des exercices préconisés par Thooris :

Debout ou assis, inspirer lentement, silencieusement et à fond par le nez, tout en rétractant, avec les mains fortement croisées, la paroi sous-ombilicale de l'abdomen, cherchant par contre à projeter en avant le creux épigastrique. Court repos respiratoire,— expiration plus rapide et complète tout en relâchant la paroi abdominale, — long repos respiratoire avant de reprendre une nouvelle inspiration.

Exercice II. — Cet exercice entraîne la respiration nasale et diaphragmatique. Il est très employé chez les chanteurs (Castex).

Couché à plat sur le dos, mains croisées derrière la nuque, inspirer en soulevant progressivement la paroi abdominale (creux épigastrique), sur laquelle seront placés des poids de plus en plus lourds par exemple, 1, 2, 3, 4, etc., dictionnaires. Expirer en laissant revenir lentement la paroi abdominale à la position de repos.

Exercice III. — Cet exercice a pour but de développer tout à la fois la respiration nasale et l'ampliation thoracique ; il a comme avantage d'extérioriser pour le malade les mouvements du thorax (comparaison d'un soufflet que l'on tiendrait entre ses mains) :

Debout ou assis, les mains fortement appliquées de chaque côté des parois latérales du thorax, inspirer par le nez lentement, silencieusement, à fond, — petit arrêt respiratoire — expiration complète ; les mains à plat sur le thorax devront non seulement sentir celui-ci se dilater à l'inspiration, mais résisteront à cette dilatation afin de l'augmenter. Elles aideront de plus à sa rétraction pendant l'expiration. en le comprimant, — long repos respiratoire avant de reprendre une nouvelle inspiration.

Exercice IV. — Cet exercice, en immobilisant d'une façon absolue les épaules, force la base du thorax à s'élargir au maximum, et le diaphragme à redresser sa courbure :

— *Assis sur une chaise, les jambes écartées, et rejetées en arrière, le corps bien droit, les bras pendants, les mains fixées latéralement sous les rebords de la chaise, faire une traction progressive des bras pendant l'inspiration pour immobiliser les épaules et projeter en avant le creux épigastrique.*

Exercice V. — Cet exercice réveille au maximum les réflexes res-

pirateurs, et force remarquablement le sujet à aller au fond de son inspiration comme de son expiration. Combiné à la mobilisation des ailes du nez, il peut à lui seul suffire dans nombre de cas ; je rappelle que le rythme est un procédé des plus efficaces de développement musculaire et de rééducation fonctionnelle :

— *Prendre un métronome ordinaire ; régler le balancier successivement aux vitesses* : 50, 60, 80, 100, 120, 140, 160, 180, 200.

Sur chacune de ces divisions respirer pendant une minute les mains à plat sur le thorax (comme exercice III) *en scindant chaque inspiration par de petits arrêts plus ou moins fréquents, suivant que le rythme du balancier est plus ou moins rapide* ; *le malade ira ainsi par saccades pourrait-on dire à fond de l'inspiration et de l'expiration, entraînant ses muscles inspirateurs et expirateurs à travailler lentement, progressivement et non brusquement comme cela se passe chez la plupart des insuffisants respiratoires. Il est ainsi soumis à une véritable discipline motrice, qui l'entraîne à prendre et à ménager son souffle aussi bien dans la voix parlée que dans la voix chantée.*

Remarques. — Au cours de tous ces exercices, je rappelle encore une fois que :

1° La langue doit être placée en avant.

2° Les ailes du nez seront fortement écartées pendant l'inspiration.

3° Je rappellerai en outre qu'accessoirement avec une instrumentation assez simple (*source d'air comprimé, barboteur, canules nasales à double courant*), on activera tout en les consolidant les résultats par l'aération, la ventilation rythmées des voies aériennes aux deux temps respiratoires (pression de 0 à 3 kilos). Cette aération stimule les échanges respiratoires, réveille au maximum les réflexes bulbaires et rend active l'expiration qui se fait sur une résistance manométriquement réglable, l'air comprimé envoyé pendant l'expiration (*respirateur à pression variable*) ; or, d'une façon générale, c'est bien plus l'expiration que l'inspiration qu'il faut développer.

Les inhalations d'air ozonisé sous grand débit (*ozoneur à pression variable de G. Mahu et R. Foy*) trouvent également là leur indication sans être indispensables.

V. — Conclusions.

Ces exercices ne sont évidemment pas toute la rééducation respiratoire ; les travaux de Desfosses, Maurice Faure, Natier, Carl Roederer, G. Rosenthal, Thooris, Tissier, moi-même et tant d'autres, montrent bien que cette branche de la thérapeutique est des plus complexes.

Mais au point de vue spécial qui nous intéresse ici (*Post-Adénoïdiens*

de Lermoyez), sauf complications anatomiques ou générales, les quelques exercices respiratoires que je viens d'indiquer suffiront dans l'immense majorité des cas, après l'opération, à rétablir la fonction à condition bien entendu d'être exécutés très régulièrement et très exactement. Ceux-ci devraient être le complément indispensable de toute adénoïdectomie et en assureraient l'efficacité complète.

Les excellents résultats que nous avons obtenus par cette pratique à la clinique de M. Mahu, nous permettent de l'affirmer. Il n'est plus question ici de 40 à 100 séances de Rééducation ; et chacun, sans être spécialisé en la matière, peut être le rééducateur de ses propres malades, par des procédés essentiellement médicaux.

Les exercices physiques, les sports, la gymnastique, en un mot tous les efforts musculaires, ne seront permis à ces adénoïdectomisés que le jour où ils seront déjà très améliorés, et rendus plus résistants par la restitution intégrale de la *Fonction Respiratoire*.

Discussion.

M. Mahu. — Cette façon de procéder donne des résultats certains, si les quelques exercices prescrits, très simples, sont fidèlement exécutés. En quelques semaines, le jeune opéré se transforme physiquement et fonctionnellement. A ma clinique tous les adénoïdectomisés reçoivent une ordonnance comportant, outre les prescriptions et les recommandations ordinaires, des instr ctions au point de vue des exercices respiratoires.

M. Labernadie. — Nous avons, *Chabert* et moi, eu récemment l'occassion de contrôler très nettement la nécessité d'éduquer la fonction respiratoire des enfants opérés de végétation. Un de nos malades, chez qui l'opération n'avait pas donné les résultats espérés, fut soumis par nous à la rééducation respiratoire ; or non seulement, très rapidement l'enfant fut transformé, l'opération donnant son plein résultat, mais son audition, des plus insuffisantes jusqu'alors, s'améliora très nettement et s'améliorera probablement encore ; actuellement nous avons constaté chez lui pour chaque oreille un gain d'environ 40 centimètres à la montre.

Le Secrétaire général,

Robert Foy.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE DE RENNES, 71.

BIBLIOGRAPHIE DU MOIS

ARMENGAUD. — **Traitement de l'ozène par les eaux sulfureuses thermales** *(Revue Hebdomadaire, 7 mars 1914).*

ARNAL (d'Avignon). — **De l'Anesthésie locale pour opérations pratiquées sur l'appareil auditif,** *(Revue Hebdomadaire Laryngol., 14 mars 1914).*

BONNIER. — **La Centrothérapie nasale,** *(Archives internat. de Laryng. N° 1, 1914).*

BOULAI (de Rennes). — **Les réflexes éloignés en oto-rhino-laryngologie,** *(La Clinique, 8, 9, 10, 1914).*

CUVILLIER. — **Contribution à l'étude du cancer de l'oreille.** — *Th. de Paris,* 1913 (Steinheil, édit.).

A. GIGNOUX. — **Traitement endobronchique de l'asthme et des affections bronchiques chroniques.** — *In oto-rhino-laryngologie internationale, N° 2, fév. 1913).*

GRADENIGO. — **Influence du climat sur les maladies de l'oreille,** *(Bulletin oto-rhino-laryngologie, Nov. 1913).*

LABOURÉ (d'Amiens). — **Otorrhée chronique compliquée d'abcès cervico-cérébelleux et guérie,** *(Archives internat., N° 1, 1914).*

André NEPVEU. — **Recueil d'oto-rhino-laryngologie. Année 1913,** (vol. broché, Berthié, édit.).

PASSOT. — **Méningites et états ménigés aseptiques d'origine otique,** *(Annales des mal. des oreilles, etc., N° 11, 1913).*

Afin d'éviter les omissions, les Membres de la Société et les abonnés du *Bulletin* sont priés d'adresser les titres de leurs travaux, communications, etc., au Secrétaire général, avant le 25 de chaque mois.